

SOLICITUD PARA SERVICIOS SOCIALES

AL SOLICITANTE: Por favor complete la Sección 1-7 de esta forma. Esta forma está sujeta a verificación.

NOTA: Retenga su copia de esta solicitud. Si no ha recibido una respuesta en un plazo de 30 días notifique al representante del condado al número de teléfono que se proporciona abajo en la Sección "SOLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA."

* **NUMERO DEL SEGURO SOCIAL:** Es mandatorio que usted proporcione su(s) número(s) del Seguro Social de la manera en que lo requiere el 42 del USC 405 y la sección 30-769.71 del MPP. Se usará esta información para determinar elegibilidad y coordinar información con otras dependencias públicas.

NUMERO DEL CASO			FECHA DE LA SOLICITUD		
1. NOMBRE				*NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	
DIRECCION				SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
CIUDAD		ZONA POSTAL	TELEFONO ()	FECHA DE NACIMIENTO	

2. ¿Es Ud. veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ES EL ESPOSO(A)/HIJO DE UN VETERANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SI," PROPORCIONE EL NOMBRE DEL VETERANO Y NUMERO DE RECLAMO
---	--	---

3. ¿Recibe Ud. benefic. de SSI/SSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SI," MARQUE LA CLASE DE ARREGLOS DE VIVIENDA QUE TIENE <input type="checkbox"/> Vivo independientemente <input type="checkbox"/> Cuarto y comida <input type="checkbox"/> Hogar de otro
---	--

SERVICIOS QUE SE ESTAN SOLICITANDO

4. ¿Ha recibido Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "SI," complete lo siguiente:	
---	---	--

FECHA Y LUGAR DONDE SE RECIBIO EL SERVICIO LA ULTIMA VEZ	NUMERO DE HORAS	NOMBRE QUE SE USO (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)
--	-----------------	--

5. ANOTE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	*NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL ESPOSO/ESPOSA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PADRE/MADRE <input type="checkbox"/>		
NIÑO/OTRO PARIENTE		
NIÑO/OTRO PARIENTE		

6. La ley requiere que se reúna información relacionada al origen étnico y el idioma primario. Si usted no completa esta sección, el personal de servicios sociales tomará una determinación. La información no afectará su derecho a recibir servicio.

A. Mi origen étnico es (vea el reverso para obtener la clave correcta): <input style="width:40px;" type="text"/>	B. Hablo y entiendo el inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mi idioma primario es el (vea el reverso para obtener la clave correcta): <input style="width:40px;" type="text"/>
---	---

7. Afirmo que la información anterior es verdadera según mi leal saber, entender y creencia. Estoy de acuerdo en cooperar completamente si en el futuro se requiere verificación.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE:	FECHA:
DIRECCION DEL REPRESENTANTE:	NUMERO DE TELEFONO DEL REPRESENTANTE: ()		RELACION/PARENTESCO CON EL SOLICITANTE:

SOLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA

INCOME ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	STATUS ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	VERIFICATION:	SIGNATURE OF SOCIAL WORKER OR AGENCY REPRESENTATIVE: ▶	TELEPHONE NUMBER: ()
RECIPIENT STATUS: <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Cuban/Haitian Entrant		SOURCE OF VERIFICATION FOR REFUGEE OR ENTRANT STATUS (EXPLAIN)		

RECERTIFICATION OF ELIGIBILITY FOR SERVICES OF STATUS ELIGIBLES

DATE	SOURCE OF VERIFICATION	WORKER SIGNATURE	DATE	SOURCE OF VERIFICATION	WORKER SIGNATURE

A. Claves para Grupos Etnicos:

1. Blanco
2. Hispano
3. Negro
4. Otro asiático o isleño del Pacífico
5. Indio americano o nativo de Alaska
7. Filipino
- C. Chino
- H. Camboyano
- J. Japonés
- K. Coreano
- M. Samoano
- N. Indú
- P. Hawaiano
- R. Guameño
- T. Laosiano
- V. Vietnamita

B. Claves para Idiomas:

- | | |
|--|---------------|
| O. Idioma americano de señas (AMISLAN o ASL) | G. Mien |
| 1. Español - Se enviará la notificación en español | H. Hmong |
| 2. Cantonés | I. Laosiano |
| 3. Japonés | J. Turco |
| 4. Coreano | K. Hebreo |
| 5. Tagalo | L. Francés |
| 6. Otro que no es inglés | M. Polaco |
| 7. Inglés | N. Ruso |
| 9. Español - Se enviará la notificación en inglés | P. Portugués |
| A. Otro idioma de señas | Q. Italiano |
| B. Mandarín | R. Árabe |
| C. Otros idiomas chinos | S. Samoano |
| D. Camboyano | T. Tailandés |
| E. Armenio | U. Farsí |
| F. Ilocano | V. Vietnamita |